

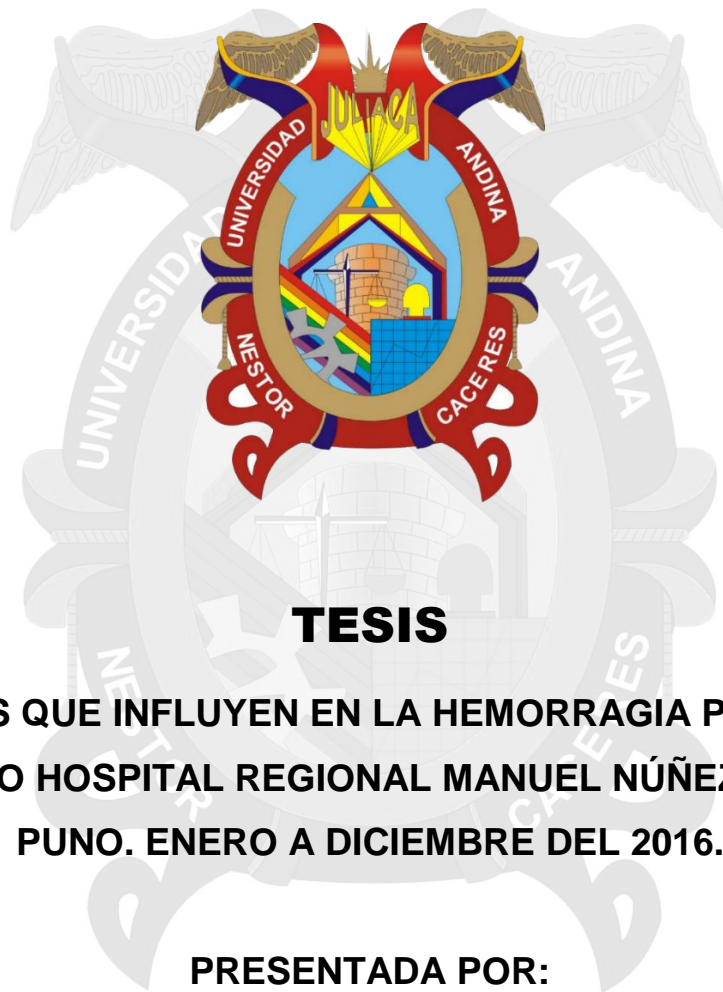


TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO
INMEDIATO HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-
PUNO. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

PRESENTADA POR:

Bach. ATENCIA AGAMA, YOVILUZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

**JULIACA - PERÚ
2017**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO
INMEDIATO HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN-
PUNO. ENERO A DICIEMBRE 2016.**

PRESENTADA POR:

Bach. ATENCIA AGAMA, YOVILUZ

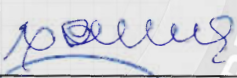
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:


PRESIDENTE

:


Dr. ÁNGEL HUGO BECERRA DEL CARPIO


PRIMER MIEMBRO

:


Mg. DEMETRIO ENRIQUE PINTO RODRÍGUEZ

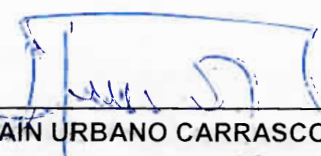
SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

ASESOR

:


Dr. EFRAÍN URBANO CARRASCO GONZALO

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**SE APRUEBA PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL****RESOLUCIÓN Nº 084-2017-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 03 de abril del 2017

VISTOS:

El Dictamen de Perfil de Tesis de fecha 29 de marzo 2017 y el expediente presentado por: ATENCIA AGAMA, Yoviluz, quien solicita la aprobación del proyecto de Tesis Titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.** Para optar el título profesional de Médico Cirujano.

CONSIDERANDO:

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la comisión de Grados y Títulos ha designado el jurado pertinente, el mismo que está integrado por:

Presidente	:	Dr. HUGO BECERRA DEL CARPIO
1er. Miembro	:	Mg. ENRIQUE PINTO RODRIGUEZ.
2do. Miembro	:	Dra. MARILUZ CRUZ COLCA

Que, el jurado designado ha emitido el dictamen favorable para que dicho proyecto pueda ser aprobado por Resolución.

Que, es requisito indispensable contar con un Docente Ordinario de la Facultad quien oficiará de Director de Tesis;

Estando el informe favorable de la Comisión de Grados y Títulos, en concordancia con el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria Nº 30220, Ley de Creación de la UANCV Nº 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. Nº 739 y el estatuto de la UANCV, al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el PROYECTO DE TESIS: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.** Presentado por ATENCIA AGAMA, Yoviluz, de conformidad con el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dispone su EJECUCIÓN.

SEGUNDO: RECONOCER, como DIRECTOR DE TESIS al Docente Ordinario de la Facultad de Ciencias de la Salud Dr. **EFRAIN URBANO CARRASCO GONZALO.**

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Comisión de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y el Secretario Académica de la Facultad quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN
Jurados, EP. Medicina Humana,
CGYT, Interesados, Arch
DEPR/



Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANO
ENRIQUE PINTO RODRIGUEZ
C.M.P. 18553
DECANO



Se dedica este trabajo a:

Mis padres, Pedro Atencia Garrido y Bivina Agama Fernández, quienes estuvieron siempre apoyándome en cada situación de mi vida durante el desarrollo de mi profesión.

La Sra. Mary Araníbar Huaquisto y su esposo el Dr. Oscar Andrés Huenecce Castro, por ser el soporte más importante para cada logro mío.

Mis maestros, quienes inculcaron en mí, el sentido de la responsabilidad.



Se agradece de manera muy especial por su apoyo en mi desarrollo profesional a:

Mis padres, por sus enseñanzas, comprensión, cuidado y por ser los mejores modelos a seguir, a mis hermanos y amigos les doy gracias por su compañía, realmente son excepcionales.

La escuela académico profesional de Medicina Humana por haberme brindado las enseñanzas que serán la base para continuar con el desarrollo de mi profesión.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. INTRODUCCIÓN.....	1
B. ENUNCIADO DEL ESTUDIO Y PROBLEMA GENERAL.....	3
C. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
D. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
E. LIMITACIONES.....	6
F. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
B. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	21

CAPÍTULO III

OPERALIZACION DE VARIABLES E HIPÓTESIS

A. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	24
B. HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS.....	26

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. LÍNEA, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	27
B. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
D. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29



E. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS A LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	29
--	----

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
B. CONCLUSIONES	56
C. RECOMENDACIONES.....	57
D. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

CAPÍTULO VI

ADENDAS O ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	71
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	72



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	32
TABLA 2	34
TABLA 3	36
TABLA 4	38
TABLA 5	40
TABLA 6	42
TABLA 7	44
TABLA 8	46
TABLA 9	48
TABLA 10	50
TABLA 11	52
TABLA 12	53



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01.....	69
GRÁFICO 02.....	70





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. INTRODUCCIÓN.

La HPP es la causa de un cuarto de todas las muertes maternas, mientras que en ciertos países esta proporción se eleva hasta el 60%. El riesgo de muerte por HPP en los países en desarrollo es de 1/1000 mientras que en los países desarrollados es de 1/100.000.⁽¹⁾

La mortalidad materna mundial se ha reducido entre los años 1990 y 2015, evidenciándose un progreso constante en la reducción de la misma, ya que la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos), estimándose que un total de 13.6 millones de mujeres han muerto en los últimos 25 años (1990 y 2015) por causas maternas.⁽²⁾

Sin embargo, las cifras aún son altas, y al ser nosotros de un país en desarrollo, todavía hay mucho que mejorar y seguir educándonos.

Por otro lado, según las estimaciones de la razón de mortalidad materna (1990 a 2015) realizadas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial sobre las y la División de Población de Naciones Unidas, el Perú alcanzó una RMM de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2015; por lo que se considera que nuestro país ha tenido progresos hacia la mejora de la salud materna y el logro del ODM5.⁽²⁾

Sin embargo, para tener esos logros es necesario prestar mayor atención sanitaria a la mujer, a la prevención de los embarazos no deseados, abortos peligrosos y dar una prestación atención de calidad de los partos.

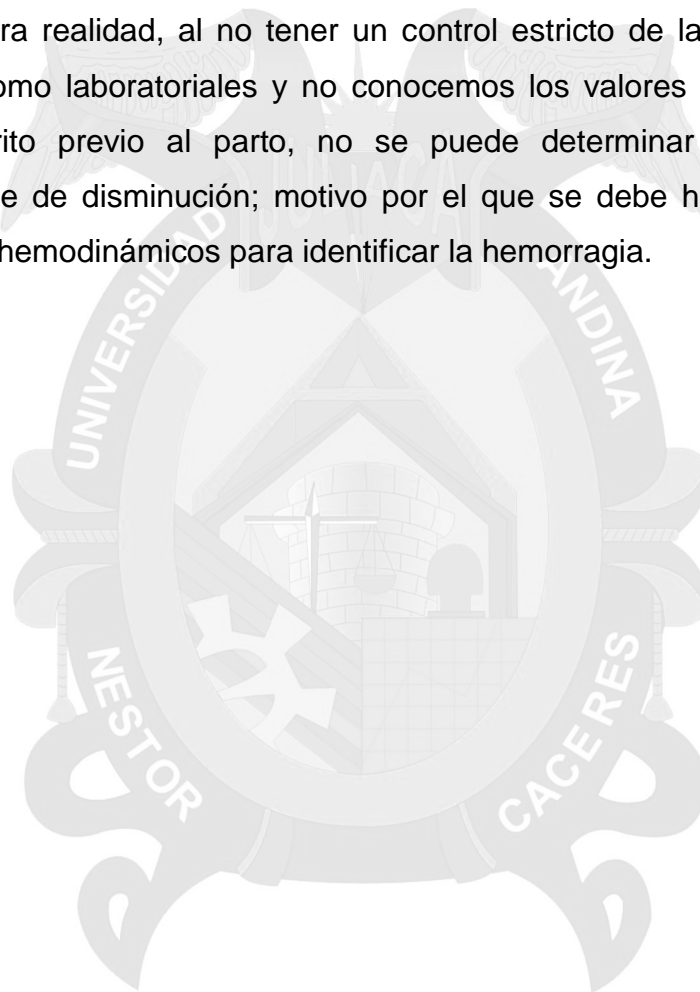
Durante el año 2015, son 6 los departamentos que concentraron el 53.9 % del total de casos de muertes a nivel nacional (Lima, Piura, Cajamarca, La Libertad, Loreto y Puno). Los departamentos de Lima (59 casos), Piura (41



casos), Cajamarca (38 casos), La Libertad (29 casos), Loreto (28 casos), Puno (28 casos) y Junín (27 casos) son los que concentran el mayor número de casos a nivel nacional. ⁽²⁾

En el año 2015, el departamento de Puno aun es parte de los que presentan mayores casos de muerte materna, representando el sexto lugar.

En nuestra realidad, al no tener un control estricto de las gestantes, tanto clínico como laboratoriales y no conocemos los valores de hemoglobina y hematocrito previo al parto, no se puede determinar con exactitud el porcentaje de disminución; motivo por el que se debe hacer énfasis a los cambios hemodinámicos para identificar la hemorragia.





B. ENUNCIADO DEL ESTUDIO Y PROBLEMA GENERAL

La importancia de disminuir y evitar la mortalidad materna está siendo reconocida a nivel nacional e internacional. Si bien es cierto que las cifras sobre la mortalidad materna en el Perú han disminuido con respecto a años anteriores aún sigue siendo un gran problema social.

A pesar de que se tomó medidas para disminuir la HPP, ésta sigue siendo una de las 3 primeras causas de mortalidad materna en el Perú.

La prevención de la hemorragia postparto implica la puesta en marcha de un gran número de intervenciones, enfocadas, en primera medida, a disminuir la aparición y desarrollo de las causas.

Por ello, planteamos lo siguiente.

PROBLEMA GENERAL

El problema de la investigación planteada es:

1. ¿Cuáles son los factores que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016?

A partir del problema general se desmembran los siguientes problemas específicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son las causas de atonía uterina que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016?
2. ¿Cuáles son los tipos de retención de tejido influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016?
3. ¿Cuáles son las lesiones del canal del parto que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016?



4. ¿Cuáles son las alteraciones de la coagulación que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016?
5. ¿Cuál es la clase de hemorragia más frecuente en el postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016?





C. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El estudio se realizó en la ciudad de Puno, localizada en la meseta del Collao. Sus establecimientos de salud son el Hospital Regional Manuel Núñez Butron (MINSA), Hospital Regional de EsSalud III Puno y en zona Norte el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca que tienen la categoría de II-2 los cuales son hospitales de referencia.

La mortalidad materna toma mucha importancia y sigue siendo una de las debilidades dentro de los problemas de salud en toda la región, siendo la hemorragia postparto la causa más importante asociado a problemas sociales y económicos. Este indicador ha disminuido ligeramente gracias a los esfuerzos constantes del equipo de salud, es posible debido a problemas de organización, como el sistema de referencia y contra-referencia inadecuado, recurso humano no especializados en los centros de referencia y la falta de coordinación y falta de personal para las atenciones durante las 24 horas, agregamos a toda esta problemática, la deficiencia en el suministro de bienes e insumos y la falta de atención con calidad que se expresa en la captación tardía y el seguimiento irregular del control prenatal.

2. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El siguiente trabajo de investigación se realizó entre los meses de enero a diciembre del 2016 en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno.

D. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos. Dentro del puerperio, la mayoría de las muertes se produjeron en el puerperio inmediato (las primeras 24 horas post parto), que representa el 57.8 % del total de



muertes ocurridas en el puerperio. La fase del puerperio mediano (los primeros 7 días post parto) representa el 10.1 % de los casos y la fase del puerperio tardío (desde el octavo día hasta la sexta semana - 42 días post parto) representa el 4% del total de casos analizados en esta etapa. ⁽³⁾

Debido a la alta incidencia de muertes maternas por Hemorragia postparto inmediato, vi la importancia de realizar el trabajo para identificar las causas más influyentes; y una vez identificados, tomar medidas preventivas, planificar estrategias que puedan permitir un manejo oportuno y adecuado para disminuir las muertes maternas debido a la hemorragia postparto en el hospital regional Manuel Núñez Butron de la ciudad de Puno.

Los beneficios a futuro es principalmente para los pacientes ya que disminuirían los casos de complicaciones por hemorragia en el postparto inmediatos y en muchos casos se evitaría la muerte materna que dentro de la salud es considerada como una tragedia social y familiar, que se traducirían en una sociedad menos pobre, familias estables, menos maltrato infantil, menos analfabetismo, menos desnutrición.

E. LIMITACIONES

- Historias clínicas incompletas.
- Dificultad para el acceso al historial de los pacientes.
- Falta de guías para diagnóstico en el servicio de Gineco-Obstetricia.
- Medición inexacta del volumen de sangrado, por ser subjetivo.
- Falta de estudios sobre el tema en el hospital.
- Veracidad de los datos en las historias correspondientes.



F. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

1. Evidenciar los factores que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las causas de atonía uterina que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016.
2. Evidenciar cómo la retención de tejido influye en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016.
3. Identificar las lesiones del canal del parto que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016.
4. Evidenciar las alteraciones de la coagulación que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016.
5. Evidenciar la clase de hemorragia más frecuente en el postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Factores de riesgo que influyen en la hemorragia postparto inmediato

1.1. Atonía uterina

Es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: "Un útero vacío y contraído no sangra". ⁽⁴⁾

Fisiopatología

Esta complicación se presenta posterior a la salida de la placenta, porque el útero no se contrae, existiendo por lo tanto una pérdida continua de sangre. La atonía uterina y la falla de la retracción del músculo uterino pueden llevar rápidamente a hemorragia severa y shock hipovolémico. Esta complicación está relacionada por la presencia de causas predisponentes, entre ellas tenemos la sobre distensión uterina que puede ser debida a la presencia de macrosomía fetal, polihidramnios o anomalía fetal; pero, también puede ser por una estructura uterina anormal o falla en el alumbramiento, con sangrado posterior. ⁽⁵⁾

La capa intermedia del miometrio es fundamental en el proceso de hemostasia del lecho placentario. Durante la retracción normal uterina, los vasos entre la madre y la placenta son obliterados por estas fibras musculares, disminuyendo la pérdida sanguínea. La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término representa entre 500- 800mL. por minuto. Por esta razón, a medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas

del músculo uterino van comprimiendo los vasos locales con el fin de disminuir el sangrado, además de permitir la formación del coágulo retroplacentario. Si el útero falla en contraerse adecuadamente, se produce atonía uterina. En este caso, los vasos no fueron ocluidos y se produce una importante hemorragia, que en pocos minutos puede tener un desenlace fatal. ⁽⁶⁾

Si el útero esta sobre distendido por gemelos, feto grande, hidramnios o multiparidad, las fibras musculares se han estirado hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto. ⁽⁷⁾

Esta misma fisiopatología de atonía uterina por distensión de las fibras musculares ocurre en los diversos eventos que se describirán a continuación.

1.1.1. Gestación múltiple

Se duplica el riesgo de HPP. Además, presentan un riesgo relativo de 2.29 (95% CI 1.66 – 3.16) de precisar una histerectomía postparto. Los estudios indican que las gestaciones triples y cuádruples presentan mayor riesgo que las gestaciones gemelares. ⁽⁸⁾

1.1.2. Polihidramnios

La medida de la cantidad del líquido amniótico (LA) se puede realizar utilizando diferentes técnicas, las dos más utilizadas son la máxima columna vertical (MCV= 2 a 8 cm.) y el índice de líquido amniótico (ILA= 5 y 25 cm, en > 24 sem).

El diagnóstico de polihidramnios se hará cuando se detecte una MCV de LA ≥ 8 cm y un ILA ≥ 25 cm. Se definen 3 niveles de severidad:

- ILA 25-29: polihidramnios leve
- ILA 30-34: polihidramnios moderado
- ILA ≥ 35 : polihidramnios severo ⁽⁹⁾



1.1.3. Feto macrosómico

Por encima de 4Kg en estimación de peso aumenta por dos el riesgo.

Es más valorable que por encima de percentil 90. ⁽⁸⁾

1.1.4. Multíparas

Corresponde a aquella condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos. ⁽¹⁰⁾

Las pacientes grandes multíparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad. ⁽¹¹⁾

La explicación de este hallazgo se puede encontrar en el hecho de que no es la contracción del útero lo que previene la hemorragia, sino la retracción de la fibra miometrial. Esta retracción se ve afectada en el útero de la GM por la edad, la cicatrización y el agotamiento. Igualmente, cambios escleróticos en los vasos uterinos llevan a que éstos se ocluyan con más dificultad, lo que facilita el sangrado continuo y puede llevar a una hemorragia posparto. ⁽¹¹⁾

1.2. Retención de Tejidos

El mecanismo normal del alumbramiento incluye el desarrollo de un plano de clivaje en la decidua basal por debajo de la placenta. Este mecanismo puede estar alterado y complicar la salida de la placenta. Se extrae manualmente si el alumbramiento no se ha producido en un tiempo razonable (primeros 30 minutos). ⁽⁶⁾

1.2.1. Acretismo placentario

La placenta ácreta (PA) se define como una implantación placentaria anormal. Las vellosidades coriales se insertan directamente en el miometrio en ausencia de decidua basal. ⁽¹²⁾



La etiología es aún poco conocida, parece que puede ocurrir un fallo en la deciduización normal, un defecto primario del trofoblasto que desemboca en una excesiva invasión e incluso, se ha sugerido que puede tener un papel en su desarrollo la hipoxia en determinadas áreas de la cicatriz uterina. La frecuencia de acretismo se ha incrementado de 10 a 15 veces en los últimos 60 años. Dado que esta patología está claramente asociada al incremento en la tasa de cesáreas, se prevé que seguirá aumentando de manera proporcional. ⁽¹³⁾

Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman, sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio/decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea. ⁽¹⁴⁾

1.2.2. Retención de membranas

La presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía. Estos son los responsables del 5-10% de los casos. ⁽¹⁵⁾

En ocasiones, durante el alumbramiento, pueden quedar restos placentarios adheridos al útero que producen una interferencia mecánica con la función contráctil miometrial lo cual favorece el sangrado puerperal. Ante la sospecha diagnóstica de retención de restos en el puerperio inmediato se debe practicar revisión uterina para limpiar la cavidad mediante curaje o, en muy contados casos, practicar un curetaje. ⁽¹⁶⁾

1.3. Lesión del Canal del Parto

Los traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos luego de un parto espontáneo o más frecuentemente instrumental (fórceps, espátulas) pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas ya sea a nivel del útero

(desgarros, inversión), cuello uterino o vagina, constituyéndose una causa de hemorragia posparto. Su diagnóstico se hace en el posparto inmediato, al realizar la revisión del canal del parto. La hemorragia excesiva por episiotomía, laceraciones o ambas causan cerca del 20% de los casos de Hemorragia posparto. Pueden ser causadas por un parto precipitado o macrosomía fetal. ⁽⁵⁾

Suponen la segunda causa más frecuente de HPP. Se manifiesta como sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que se repara mediante sutura. Pueden hacerlo como hematomas y los hematomas vulvares y vaginales autolimitados que se pueden tratar de forma conservadora o deben ser evacuados. Si presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia retroperitoneal, se monitoriza por si se necesitara exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes. Puede haber traumatismo por partos prolongados con desproporción céfalo pélvico relativo o absoluta y en útero que ha sido estimulado con oxitocina o prostaglandinas. También pueden ocurrir por extracción manual de la placenta. ⁽⁶⁾

1.3.1. Desgarro de Cérvix

Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápidamente y raramente son el origen e algún problema. Suelen localizarse a las 3 y 9 horarias del cuello uterino. Si el desgarro supera aquella medida, suele afectar a estructuras vasculares que determinan la aparición de hemorragias inmediatas a su producción. Raramente los desgarros cervicales se extienden hasta involucrar el segmento uterino inferior y la arteria uterina (colpoaporrexia). Casi siempre se asocia a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, tales como la dilatación manual forzada del mismo, la utilización de medios extractores sin alcanzar la dilatación completa, rotaciones complicadas con fórceps, etc, pero ocasionalmente se producen de forma inesperada. ⁽¹⁷⁾

La inspección visual pone de manifiesto el sitio de sangrado y una adecuada hemostasia logra el control del mismo. Pequeñas

laceraciones cervicales menores de 2 cm de longitud que no sangran no requerirán tratamiento quirúrgico. Las que se extienden más de 2 centímetros y aquellas que exhiben sangrado importante requieren sutura. Desgarros cervicales que se extienden más allá del orificio cervical interno podrán asociarse con sangrado intra peritoneal y son pasibles de laparotomía exploradora. También se describieron laceraciones internas bilaterales córporo-cervicales que en su profundidad involucraban grandes vasos y debieron resolverse mediante histerectomía total. No se realizarán suturas vaginales por encima del fornix, dado el riesgo de involucrar el uréter con la maniobra.

(18)

1.3.2. Desgarro Perineal

Los desgarrs perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG. El desgarro de 3er grado se subdivide en 3 categorías,⁽¹⁹⁾ tal como se especifica en la siguiente tabla.

+1º GRADO	Lesión de piel perineal		
2º GRADO	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3º GRADO	Lesión del esfínter anal	3 ^a	Lesión del esfínter externo
		3 ^b	Lesión del esfínter externo >50%
		3 ^c	Lesión de esfínter externo e interno
4º GRADO	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

En los desgarrs de 2º grado es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al musculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas. La presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Para que la exploración perineal sea precisa, se recomienda



realizar de forma sistemática un tacto rectal con el dedo índice y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. Debemos recordar que el color del esfínter externo es similar a la carne roja (como puede ser la carne de ternera), mientras que el esfínter anal interno recuerda a la carne blanca (como puede ser la carne de pollo). La identificación del desgarro del esfínter externo siempre es más fácil que la del interno, aunque en algunos desgarros el desgarro completo del esfínter externo puede retraerse y se debe localizar para su correcta sutura.⁽²⁰⁾

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la opción más grave. Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Puede detectarse una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto-vaginales.⁽¹⁹⁾

1.3.3. Parto Instrumental

El parto asistido por fórceps y el parto con extracción al vacío están asociados con un riesgo ligeramente mayor de lesión a los tejidos de la vagina, el perineo y el ano. Los fórceps están más asociados con desgarro perineal de tercer grado y cuarto grado que la extracción al vacío. Estos son desgarros que se extienden al área anal. La probabilidad de que ocurran estas lesiones es muy baja. Los expertos indican que es difícil determinar si estas lesiones se deben al parto vaginal asistido en sí o a los problemas que dieron lugar a la necesidad de emplear un parto vaginal asistido. Tener un trabajo de parto

prolongado, pujar durante mucho tiempo y tener un bebe grande pueden contribuir a estas lesiones. ⁽²¹⁾

1.4. Alteración de la Coagulación

1.4.1. Preeclamsia

Definida como la hipertensión arterial que debuta mayor o igual a las 20 semanas de embarazo. El criterio diagnostico incluye el desarrollo de hipertensión, definido por presión sistólica ≥ 140 mmHg, o una presión diastólica ≥ 90 mmHg. La proteinuria ya no está considerada en la nueva definición, es decir son dos categorías separadas. ⁽²²⁾

Se clasifica en relación a la presión arterial sistólica /diastólica. ⁽²³⁾

- LEVE: $<160/110$ mmHg
- SEVERA: $> 160/110$ mmHg, asociado a una o varias de las siguientes condiciones:

Recuento de plaquetas $\leq 100\,000$ células/mm y/o evidencia de anemia hemolítica microangiopática, elevación de enzimas hepáticas TGO y/o TGP ≥ 70 UI/ml, alteración de la función renal, definida por dosaje de creatinina sérica $1,2$ mg/d o el doble sin enfermedad renal), Compromiso neurológico definido por cefalea persistente y alteraciones visuales (irritación cortical); dolor severo y/o persistente en el hipocondrio derecho o en el epigastrio sin respuesta a los analgésicos. La preeclampsia se ha descrito como una patología en dos etapas. En la 1ª etapa hay un error en el proceso de invasión trofoblástica. En el embarazo normal el trofoblasto invade los segmentos deciduales y miometriales de las arterias espirales, lo cual provoca un aumento del diámetro de los vasos y una pérdida de músculo liso y la íntima interna de la lámina elástica, causando su denervación adrenérgica y convirtiendo un sistema vascular de alta resistencia a uno de baja resistencia. En la preeclampsia, solo presentan cambios los segmentos deciduales, mientras que la porción miometrial permanece intacta, carente de vasodilatación y muy sensible al estímulo vasomotor. La 1ª



etapa, por tanto, consiste en una disminución de la perfusión placentaria, responsable del aumento en la producción de sustancias vasoactivas. La 2ª fase se caracteriza por disfunción endotelial y enfermedad sistémica materna. Es la respuesta de la hipoperfusión en los órganos maternos afectando a la madre y al feto. El intenso vasoespasmo en la preeclampsia produce reducción en el volumen intravascular hasta un 30-40%. Los capilares permeables y el endotelio dañado producen un aumento de líquido intersticial. Esto se exagera por la HTA y la P coloidosmótica baja.

En el embarazo normal disminuye la TA por vasodilatación debida a un aumento en la producción de prostaciclina y una disminución de la sensibilidad a la angiotensina-II. En la preeclampsia por el contrario disminuye la síntesis de prostaciclina, aumenta la producción de tromboxano A2 y aumenta la sensibilidad a la angiotensina-II, conduciendo a una vasoconstricción generalizada.⁽²⁴⁾

El resultado parcial de la destrucción intensa de los eritrocitos. El vasoespasmo y el escape endotelial de plasma pueden persistir un tiempo variable después del parto, de este modo el endotelio endovascular se repara. Y a su vez, la vasoconstricción se revierte, de forma simultánea, el aumento del volumen sanguíneo, el hematocrito decrece. En consecuencia, en la preeclampsia las mujeres son sensibles a la pérdida de volumen sanguíneo que ocurre en el momento del parto y que se considera normal para una mujer normotensa.⁽²²⁾

1.4.2. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera (DPPN)

Síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente insertada.

La tríada clásica de síntomas en el DPPNI es: hemorragia, dolor e hipertensión uterina. Si el desprendimiento supera el 50%, generalmente ocurre muerte fetal por hipoxia y sobreviene otras complicaciones como shock hipovolémico, alteraciones de la crisis sanguínea e insuficiencia renal. Se debe considerar que las cifras de presión pueden aparentar



normalidad si existe síndrome hipertensivo del embarazo. La hemorragia genital es oscura y con coágulos, de cuantía variable que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Se evidencia irritabilidad uterina progresiva: contracciones uterinas, polisistólia, hipertonía y finalmente un útero de consistencia "leñosa", típico de este cuadro. Es difícil palpar al feto y en un 60 % existen datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y un 15 a 35% muerte fetal. ⁽²⁵⁾
De acuerdo con la extensión del desprendimiento se lo clasificó en tres grupos.

Clasificación de Sher de desprendimiento prematuro de placenta.

(Según la gravedad)

Grado I: Hemorragia escasa o ausente. Coagulo menor de 150ml.

Grado II: Metrorragia preparto, signos clásicos de DPPNI, intensidad hemodinámica materna, feto con alteraciones en la FC, coagulo de 150 a 500 ml.

Grado III: severo sangrado, sensibilidad uterina, tetania, con muerte fetal confirmada, coagulación intravascular diseminada (CID), coagulo mayor de 500ml.

IIIa: Sin coagulación intravascular diseminada

IIIb: Con la coagulación intravascular diseminada

CID: Coagulación Intravascular Diseminada

2. Hemorragia Post Parto Inmediato

La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones obstétricas más temidas que pueden surgir en el puerperio. Sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo (1 por 1.000 partos).⁽⁶⁾

La hemorragia postparto es una causa frecuente de mortalidad materna. Usualmente se clasifica en dos tipos, Hemorragia postparto inmediata, que tiene lugar en las primeras 24 horas del puerperio; la mayoría ocurre en las primeras 2 horas. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante. El segundo tipo es la hemorragia postparto tardía que se presenta a partir del segundo día del puerperio hasta 6 semanas después del parto, la frecuencia oscila entre 5 a 15%.⁽⁵⁾

Aproximadamente en la octava semana de gestación, en forma fisiológica se presenta una condición indispensable para que el curso del embarazo llegue a feliz término. Esta condición se caracteriza por la expansión del volumen plasmático, debido al aumento de la producción de óxido nítrico, estimulado inicialmente por el aumento en la producción estrogénica. Esta producción aumentada de óxido nítrico conlleva vasodilatación periférica, produciendo la típica disminución de la presión arterial, pero compensada por el incremento de casi el 50% del volumen plasmático y, por lo tanto, aumentando el volumen sanguíneo corporal en casi 1500mL a 2000mL adicionales al volumen normal circulante. Este importante aumento del volumen sanguíneo en la mujer gestante normal, resulta ser una 'defensa' importante para que resista el sangrado postparto e incluso para una hemorragia postparto que no sea considerada normal.⁽²⁶⁾

2.1. Diagnóstico y Clasificación

La Hemorragia Postparto (HPP) se define clásicamente como una pérdida de sangre mayor a 500ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000ml en partos por cesárea. Dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos y a que en general se tiende a subestimar,



se define de mejor manera como aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente. ⁽²⁷⁾

El manual de Soporte Vital Avanzado de Trauma describe cuatro clases de hemorragia que destacan signos tempranos de estado de shock. ⁽²⁸⁾

1. **Hemorragia Clase I:** implica una pérdida de hasta 10 a 15% del volumen total de sangre. La frecuencia cardíaca se mantiene mínimamente elevada o normal, y no hay ningún cambio en la presión arterial, la presión del pulso, o la frecuencia respiratoria.
2. **Hemorragia Clase II:** se produce cuando hay una pérdida del volumen sanguíneo de 15 a 25% y se manifiesta clínicamente como taquicardia, taquipnea, y una presión de pulso disminuido. La piel puede estar fría y húmeda, y el llenado capilar puede estar lento.
3. **Hemorragia Clase III:** implica un 25 a 35% de pérdida del volumen sanguíneo, dando lugar a una caída significativa en la presión arterial y cambios en el estado mental. La frecuencia cardíaca (≥ 120 y filiforme) y la frecuencia respiratoria están marcadamente elevados, mientras que la producción de orina disminuye. Llenado capilar se retrasa.
4. **Hemorragia Clase IV:** implica pérdidas de 35 a 45% del volumen de sanguíneo, que lleva a depresión significativa de la presión arterial y el estado mental. La mayoría de los pacientes en shock clase IV son hipotensos (presión arterial sistólica menor de 90 mmHg). La presión de pulso se estrecha (≤ 25 mmHg) y taquicardia está marcada (> 120). La producción de orina es mínima o ausente. La piel es fría y pálida, y el relleno capilar es lento.



Clasificación de pérdida sanguínea conforme los criterios del Advanced Trauma Life Support: ⁽²⁹⁾

GRADO	PERDIDA NORMAL < 10%	CLASE I COMPENSADO 10 -15%	CLASE II LEVE 15 – 25%	CLASE III MODERADO 25 – 35%	CLASE IV SEVERO 35 – 45%
Perdida sanguínea	<500ml	500 – 1000ml	1000 – 1500ml	1500 – 2000ml	2000 – 3000ml
FC	Normal	<100	>100	>120	> 140
PA	Normal	Normal	Ortostatismo	Disminuido < 90	Sostenido < 80
Llenado capilar	Normal	< 2 seg	Puede ser lento	Lento	Muy lento o ausente
FR	Normal	14 – 20	20 – 30	30 - 40	> 35
Gasto Urinario	Normal	>30 ml/h	20 – 30 ml/h	<20 – 5 ml/h	Anuria
Estado Mental	Normal	No agitado	agitado	confuso	Letárgico o inconsciente

Según esta clasificación, para determinar la clase de hemorragia se toman en cuenta diversos parámetros, tanto clínicos como laboratoriales, sin embargo, en este trabajo se tomará en cuenta el volumen de pérdida sanguínea como principal parámetro para su clasificación.



B. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B, en su trabajo titulado Prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave, en el Medical Birth Registry de Noruega en el año 2008, estudio realizado entre el 1 de enero de 1999 y el 30 de abril de 2005, identificaron que de un total de 3.501 (1.1%) mujeres, las causas de hemorragia más representativas fueron por: atonía uterina en un 30% seguido de placenta retenida en un 18% y finalmente por trauma en un 13,9%. ⁽³⁰⁾

Guasch E, Alsina E, Diez J, Ruiz R, Gilsanz F, en su estudio titulado: Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses, en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, publicado en el año 2009 se realizó un Estudio observacional prospectivo desde julio de 2005 a noviembre de 2007 en mujeres que precisaron ingreso en la Unidad de Reanimación de un hospital terciario de referencia, por hemorragia obstétrica, en donde se encontró que de 21.726 partos (124 de ellos con hemorragia grave). La *Odds ratio* para la aparición de hemorragia obstétrica fue 4,54 para el parto instrumental y 2,86 para la cesárea. Los factores de riesgo identificados en la población evaluada fueron embarazo múltiple y muerte fetal anteparto en donde se encontró una asociación significativa entre los embarazos múltiples gemelares ($NS < 0,001$), embarazos triples ($NS < 0,05$) en la aparición de hemorragia postparto. La causa principal de hemorragia fue la atonía uterina en el 45,2%, seguida por los desgarros vaginales (26,6%). ⁽³¹⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Pariguana López JM, Santos Yauricaza Y, en su trabajo titulado: Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique (Lima), durante el período de abril - octubre del 2003, y publicado en el año 2004 en el repositorio de Tesis



Digitales (CYBERTESIS); encontraron que, de un total de 86 casos, la frecuencia de HPP fue del 3.03%(cesáreas: 2.63%, partos vaginales: 3.21%). Los factores de riesgo encontrados fueron: retención de restos placentarios (NS=0.001) todos los casos en partos por vía vaginal y desgarros de cérvix, vagina y periné (NS=0.005) igualmente todos los casos en partos por vía vaginal. ⁽³²⁾

Cusirramos G, Augusto M, en su trabajo titulado: Factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Septiembre del 2015, en la ciudad de Lima, publicado en el año 2016. Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, transversal, de casos y controles, en donde se encontraron que los factores de riesgo estadísticamente significativos para desarrollar hemorragia postparto por atonía uterina en este estudio, fueron la edad mayor a 30 años (NS = 0,000), pacientes multigestas (NS=0,021), multiparidad (NS=0,017), parto por cesárea (NS=0,000), antecedente de cesárea previa (NS=0,001) y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina (NS=0,01). El antecedente obstétrico más frecuente fue el embarazo múltiple representando en un 65,4%. ⁽²⁸⁾

ANTECEDENTES REGIONALES

Castro Cruz E, Rafael Mamani M; en su trabajo de Factores de riesgo que ocasionan complicaciones postparto en mujeres puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2015, trabajo realizado en la Ciudad de Juliaca-Puno, publicada el año 2016; concluyen que en la actualidad el estado de shock secundario a hemorragia postparto, en el caso de una atonía uterina o de trastornos placentarios que suelen terminar en una histerectomía de urgencia, que constituye una amenaza para la vida de las pacientes es una de las causas más frecuentes de muerte materna en puno. Entre las circunstancias que dan origen a su ocurrencia encontramos la deshidratación de la madre, hemorragias de consideración, un trabajo de parto con



complicaciones además de prolongada, rotura prematura de las membranas, una deficiente higiene durante el parto y el puerperio o irritaciones cutáneas en el canal del parto. ⁽³¹⁾



CAPÍTULO III

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES E HIPÓTESIS

A. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN	TIPOS DE VARIABLES
1.- FACTORES	1.1 Atonía Uterina	1.1.1 Gestación múltiple	Si	Nominal
			No	
		1.1.2 Polihidramnios	Si	Nominal
			No	
		1.1.3 Feto Macrosómico	4000g - 4500g	Ordinal
			>4500g	
	1.2 Retención de tejidos	1.1.4 Multípara	Si	Nominal
			No	
		1.2.1 Acretismo placentario	Si	Nominal
			No	
	1.3 Lesión de canal del parto	1.2.2 Retención de Membranas	Si	Nominal
			No	
		1.3.1 Desgarro de cérvix	Si	Nominal
			No	
		1.3.2 Desgarro perineal	I grado	Ordinal
			II grado	
			III grado	
			IV grado	
	1.4 Alteración de la coagulación	1.3.3 Parto instrumental	Si	Nominal
			No	
		1.4.1 Preeclamsia	Leve	Ordinal
			Severa	
		1.4.2 DPPN	Grado I	Ordinal
			Grado II	
			Grado III	



VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADOR	VALOR	TIPO DE VARIABLE
2. HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO	2.1. Clases de Hemorragia	CLASE I CLASE II CLASE III CLASE IV	Ordinal





B. HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS GENERAL

1. Los factores que influyen en la hemorragia del postparto inmediato en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016 son: Atonía uterina y la retención de tejido en cavidad uterina.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. Los factores de atonía uterina que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016 son: La gestación múltiple y feto macroscópico.
2. Los factores de retención de tejido que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016 son: la retención de membranas.
3. Los factores de las lesiones del canal del parto que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016 es: por desgarro perineal
4. Los factores de la alteración de la coagulación que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016 es: DPPP
5. El Clase de hemorragia del postparto inmediato más frecuente del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre los meses de enero a diciembre del 2016 es: La clase I



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. LÍNEA, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Tipo de Investigación

- Por la intervención de investigación es: observacional.
- Por la toma de datos: Retrospectiva.
- Por el número de mediciones de las variables a estudiar es: transversal.
- Según el número de variables a analizar es: descriptiva.

Línea de Investigación

- Hemorragia postparto.

Nivel de Investigación

- Corresponde al cuarto nivel de investigación o causal explicativo.

El Diseño de investigación

- Es epidemiológico.

B. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

La población está conformada por 119 pacientes con diagnóstico de Hemorragia postparto inmediato en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el periodo de enero a diciembre del 2016.

MUESTRA: está conformada por el 100% de la población.



C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para el presente trabajo de investigación la unidad de estudio fueron las pacientes con hemorragia en el postparto inmediato en el HRMNB-Puno con los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Puérperas inmediatas con hemorragia por las siguientes causas: gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía, multiparidad, acretismo placentario, retención de membranas, desgarro de cérvix, desgarro perineal, parto instrumental, preclamsia y Abruption placentae por ser las más importantes en frecuencia en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron.
- Sangrado vaginal mayor a 500cc dentro de las 24 horas del postparto.
- Puérperas inmediatas por parto vaginal.
- Pacientes que ingresan a sala de partos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con hemorragia en el postparto mediato (mayor a 24 horas).
- Pacientes con embarazo no resuelto.
- Pacientes con puerperio inmediato normal.
- Pacientes con puerperio inmediato complicado no por hemorragia.
- Pacientes con sangrado menor a 500cc, por ser considerado no patológico.
- Pacientes con hemorragia postparto sometidos a cesárea.
- Pacientes con complicaciones de CID, Sepsis, Hellp.
- Pacientes con parto vaginal en periodo expulsivo.
- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Pacientes con hemorragia de otras causas como: infecciosas, estimulación con oxitócicos o prostaglandinas, partos prolongados, inversión uterina y ruptura uterina.



D. MATERIAL Y MÉTODOS

Los materiales que se usaron son: fichas de recolección de datos, historias clínicas, libro de registros, laptop, instrumentos estadísticos, Programas Microsoft Office, y materiales de escritorio.

El método que se usó en el presente trabajo es el método científico, que consiste en identificar el problema a investigar, darle una explicación provisional, luego analizarla para llegar a una conclusión, a partir del cual podemos negar o afirmar las hipótesis propuestas, de esa forma enriquecer los conceptos y teorías ya conocidas, ya sea ampliándola o reafirmando las mismas.

Para la realización del trabajo se contó con el apoyo de un asesor y/o director del trabajo de investigación

E. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS A LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Técnica de recolección de datos

Previo aprobación del proyecto de tesis, se solicitó permiso al jefe del servicio de Gineco-obstetricia del HRMNB para tener acceso a las historias clínicas correspondiente.

Se efectuó la revisión de las historias clínicas de pacientes con hemorragia postparto inmediato por parto vaginal, posteriormente se identificaron los indicadores y características del estudio.

Los datos del estudio se registraron manualmente en la "ficha de registro de datos" a partir del expediente clínico de cada paciente.

La técnica que se usó es la Observación documental a partir de las historias clínicas.

Instrumentos

El instrumento que se utilizó es la Ficha de recolección de datos, el cual facilitó la recolección de información de las historias clínicas en donde se plasmaron

los datos necesarios para la investigación, en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno.

Para visualizar tal ficha ver anexo.

Análisis de datos: La información se almacenó en una base de datos Excel y se procesó con el paquete estadístico SPSS – v20, los datos fueron expresados en cuadros y graficas estadísticas respectivamente

Debido a que las variables son categóricas, el instrumento estadístico que se usó es el χ^2 con un Nivel de Significancia de 0.05, que nos indica que hay una probabilidad de error en un 5% y un nivel de confianza de 95%. Esta prueba nos permitió determinar si existe o no relación entre las dos variables.

Formula:

$$\chi^2 = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Donde:

χ^2 = Chi cuadrado

F_o = Frecuencia observada

F_e = Frecuencia esperada

\sum = sumatoria

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

El objetivo general de la investigación fue "Identificar los factores que influyen en la hemorragia del post parto inmediato ocurridos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno entre enero a diciembre del 2016", para ello se han estudiado cinco objetivos específicos.

El primer objetivo específico fue, identificar las causas de atonía uterina que influyen en la hemorragia del postparto inmediato; para su cumplimiento se han estudiado cuatro indicadores: Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal y La multiparidad.

En la Tabla 1 se analiza la influencia de la gestación múltiple en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 8 pacientes con embarazos dobles (gestación múltiple), el mayor porcentaje (50%) tuvo un sangrado entre 1000 – 1500ml (clase II), en cambio de los 111 pacientes que no presentaron gestación múltiple el 84% presentaron hemorragia entre 500 a 1000ml (clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 10.9992$ y un nivel de significancia de 0.004 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa de la gestación múltiple en la hemorragia del postparto inmediato.

Se Identificó que la gestación múltiple influye en forma directa a un mayor sangrado en el postparto inmediato.



TABLA 1
INFLUENCIA DE LA GESTACIÓN MÚLTIPLE EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

GESTACIÓN MÚLTIPLE	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	3	38%	4	50%	1	12%	8	100%
NO	93	84%	16	14%	2	2%	111	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

Chi²_c=10.9992

NS=0.004



En la Tabla 2 se analiza la influencia del polihidramnios en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 2 pacientes con un Índice de Líquido Amniótico (ILA) $\geq 25\text{cm}$ y/o una Máxima Columna Vertical de Líquido Amniótico (MCV) $\geq 8\text{cm}$ (polihidramnios), el mayor porcentaje (100%) tuvo un sangrado de 1000 – 1500ml (clase II), por otro lado, de los 117 pacientes que no presentaron polihidramnios, el 82% presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 10.069$ y un Nivel de Significancia de 0.007, lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa del polihidramnios en la hemorragia del postparto inmediato.

Se Identificó que el polihidramnios influye en forma directa en el sangrado postparto.



TABLA 2
INFLUENCIA DEL POLIHIDRAMNIOS EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

POLIHIDRAMNIOS	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
NO	96	82%	18	15%	3	3%	117	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

Chi²_c= 10.069

NS=0.007



En la Tabla 3 se analiza la influencia del feto macrosómico en la clase de hemorragia del post parto inmediato:

De las 4 pacientes con un peso fetal mayor a 4 kilos (Feto Macrosómico), el mayor porcentaje (50%) presentaron un sangrado entre 500 a 1000ml (clase I), y el otro 50% presentaron un sangrado entre las clases II y III (1000 a 2000ml). En cambio, de las 115 pacientes que presentaron un peso fetal menor a 4 kilos (ausencia de macrosomía) el 81% presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 8.944$ y un Nivel de Significancia de 0.011 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa del feto macrosómico en la hemorragia del postparto inmediato.

Se Identificó que la macrosomía fetal influye de forma directa a un mayor sangrado en el postparto inmediato.



TABLA 3
INFLUENCIA DEL FETO MACROSÓMICO EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

FETO MACROSÓMICO	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<4000g	94	82%	19	17%	2	2%	115	100%
4000g-5000g	2	50%	1	25%	1	25%	4	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	3%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

Chi²_c= 8.944

NS=0.011



En la Tabla 4 se analiza la influencia de la multiparidad en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 36 pacientes con dos o más partos (multíparas), el mayor porcentaje (81%) presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (clase I), de igual forma de las 83 pacientes con menor a 2 partos el 81% presentaron sangrado entre 500 a 1000ml (clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 7.913$ y un Nivel de Significancia de 0,019 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa de la multiparidad en la hemorragia del postparto inmediato.

Se Identificó que la multiparidad influye directamente proporcional a un mayor sangrado en el postparto inmediato.



TABLA 4
INFLUENCIA DE LA MULTIPARIDAD EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DEL PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

MULTÍPARA	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	29	81%	4	11%	3	8%	36	100%
NO	67	81%	16	19%	0	0%	83	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	3%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

Chi²_c= 7.913

NS=0.019



El segundo objetivo específico fue, evidenciar cómo la retención de tejido influye en la hemorragia del postparto inmediato; para su cumplimiento se han estudiado dos indicadores: Acretismo Placentario y Retención de Membranas

En la Tabla 5 se analiza la influencia del acretismo placentario en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 2 pacientes con una implantación placentaria anormal (acretismo placentario), el mayor porcentaje (100%) tuvo un sangrado entre 1000 a 1500ml (clase II), en cambio de los 117 pacientes que presentaron una placentación normal el 82% presentaron hemorragia entre 500 a 1000ml (clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 10.069$ y un Nivel de Significancia de 0.007, lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa del acretismo placentario en la hemorragia del postparto inmediato.

Se evidenció que el acretismo placentario influye en forma directa a un mayor sangrado en el postparto inmediato.



TABLA 5
INFLUENCIA DEL ACRETISMO PLACENTARIO EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

ACRETISMO PLACENTARIO	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
NO	96	82%	18	15%	3	3%	117	100%
TOTAL	96	80%	20	17%	3	3%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\chi^2_c=10.069$

NS=0.007



En la Tabla 6 se analiza la influencia de la retención de membranas en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 50 pacientes con restos adheridos al útero (retención de membranas), el mayor porcentaje (70%) presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (clase I), en cambio de las 69 pacientes que no presentaron retención de membranas, el 88% presentaron sangrado de 500 a 1000ml (clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 7.739$ y un Nivel de Significancia de 0.021 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa de la retención de membranas en la hemorragia del postparto inmediato.

Se evidenció que la retención de membranas influye a un mayor sangrado en el postparto inmediato.



TABLA 6
INFLUENCIA DE LA RETENCIÓN DE MEMBRANAS EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO,
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

RETENCIÓN DE MEMBRANAS	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	35	70%	14	28%	1	2%	50	100%
NO	61	88%	6	9%	2	3%	69	100%
TOTAL	96	81%	20	15%	3	4%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

Chi²_c=7.739

NS=0.021



El tercer objetivo específico fue, identificar las lesiones del canal del parto que influyen en la hemorragia del postparto inmediato; para su cumplimiento se han estudiado tres indicadores: Desgarro de cérvix, desgarro perineal y parto instrumental.

En la Tabla 7 se analiza la influencia del desgarro de cérvix en la clase de hemorragia del post parto inmediato:

De las 2 pacientes en las que se apreciaron laceraciones mayores a 2cm en cuello uterino (Desgarro de cérvix), el mayor porcentaje (100%) presentó un sangrado de 1000 a 1500ml (clase II), en cambio de los 117 pacientes que no presentaron desgarro de cérvix, el 82% presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 10.069$ y un Nivel de Significancia de 0.007 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa del desgarro de cérvix en la hemorragia del postparto inmediato.

Se identificó que el desgarro de cérvix influye en forma directa a un mayor sangrado en el postparto inmediato.



TABLA 7
INFLUENCIA DEL DESGARRO DE CÉRVIX EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

DESGARRO DE CÉRVIX	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
NO	96	82%	18	15%	3	3%	117	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\chi^2_c=10.069$

NS=0.007



En la Tabla 8 se analizó la influencia del desgarro perineal en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 85 pacientes con desgarro perineal, 56 de ellas presentaron desgarro hasta la musculatura perineal (Grado II), de las cuales el mayor porcentaje (84%) presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (Clase I); 21 pacientes presentaron un desgarro de piel y tejido subcutáneo (Grado I), de las cuales el mayor porcentaje (86%) presentaron sangrado de 500 a 1000ml; 7 pacientes presentaron desgarros hasta el esfínter anal, de las cuales el mayor porcentaje (71%) presentaron sangrado de 500 a 1000ml y las ultimas 2 pacientes presentaron desgarro hasta la mucosa rectal, de las cuales el 100% presentaron sangrado de 1500 a 2000ml (Clase III).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 18.324$ y un Nivel de Significancia de 0.019 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa del desgarro perineal en la hemorragia del postparto inmediato.

Se identificó que los desgarros perineales de mayor grado influyen en forma directa a una hemorragia de mayor severidad.



TABLA 8
INFLUENCIA DEL DESGARRO PERINEAL EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATA, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

DESGARRO PERINEAL	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRADO I	18	86%	1	5%	2	9%	21	100%
GRADO II	47	84%	8	14%	1	2%	56	100%
GRADO III	5	71%	2	29%	0	0%	7	100%
GRADO IV	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
NINGUNA	26	79%	7	21%	0	0%	33	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	4%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

Chi²_c=18.324

NS=0.019



En la Tabla 9 se analiza la influencia del parto instrumental en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 18 pacientes que se les realizó parto instrumental, el mayor porcentaje (89%) presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (clase I), por otro lado, de las 101 pacientes que no se les realizó parto instrumentado el 79% presentaron un sangrado entre 500 a 1000ml.

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 9.949$ y un Nivel de Significancia de 0.007 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa del parto instrumental en la hemorragia del postparto inmediato.

Se identificó que el parto instrumental influye a un mayor sangrado en el postparto inmediato.



TABLA 9
INFLUENCIA DEL PARTO INSTRUMENTAL EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

PARTO INSTRUMENTAL	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	16	89%	0	0%	2	11%	18	100%
NO	80	79%	20	20%	1	1%	101	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\text{Chi}^2_c=9.949$

NS=0.007



El cuarto objetivo específico fue, evidenciar las alteraciones de la coagulación que influyen en la hemorragia del postparto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016. Para su cumplimiento se han estudiado dos indicadores: Preeclamsia y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI).

En la Tabla 10 se analiza la influencia de la preeclamsia en la clase de hemorragia del postparto inmediato:

De las 5 pacientes que presentaron una tensión arterial $\geq 140/90$ mmHg (preeclamsia leve), el mayor porcentaje (60%) presentaron un sangrado de 1000 a 1500ml (clase II), por otro lado, de los 114 pacientes que presentaron una tensión arterial $< 140/90$ mmHg un 82% presentaron hemorragia entre 500 a 1000ml (clase I). No se encontraron pacientes con Tensión arterial $\geq 160/110$ mmHg (preeclamsia severa).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 6.996$ y un Nivel de Significancia de 0.030 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa de la preeclamsia en la hemorragia del postparto inmediato.

Se evidenció que preeclamsia influye en forma directa a una hemorragia de mayor severidad en el postparto inmediato.



TABLA 10
INFLUENCIA DE LA PREECLAMPSIA EN LA HEMORRAGIA DEL POST PARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

PREECLAMPSIA	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LEVE	2	40%	3	60%	0	0%	5	100%
NINGUNA	94	82%	17	15%	3	3%	114	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\text{Chi}^2_c=6.996$

NS=0.030



En la Tabla 11 se analizó la influencia del Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) en la Clase de Hemorragia del post parto inmediato:

De las 8 pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, 4 de ellas presentaron un DPPNI Grado III, 2 pacientes presentaron DPPNI Grado II, y 2 pacientes presentaron DPPNI Grado I; de las pacientes con DPPNI Grado III, el 75% presentaron hemorragia clase III, de las pacientes con DPPNI Grado II, el 100% presentaron hemorragia clase II, de las pacientes con DPPNI Grado I, el 100% presentaron hemorragia entre Clase I y II; por otro lado de las 111 pacientes que no presentaron DPPNI, el mayor porcentaje (84%) presentaron un sangrado de 500 a 1000ml (Clase I).

Se realizó la prueba de χ^2 , obteniéndose el valor de $\chi^2_c = 31.724$ y un nivel de significancia de 0.000 lo que indica que existe influencia estadísticamente significativa del DPPNI en la hemorragia del postparto inmediato.

Se evidenció que el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera de mayor grado influye en forma directa a la presencia de una hemorragia de mayor severidad en el postparto inmediato.



TABLA 11
INFLUENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (D.P.P.N.I.) EN LA
HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO, HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO
A DICIEMBRE DEL 2016.

D.P.P.N.I.	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRADO I	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
GRADO II	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
GRADO III	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
NINGUNA	93	84%	16	14%	2	2%	111	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\text{Chi}^2_{\text{c}}=31.724$

NS=0.000

En la Tabla 12 se analizó el quinto objetivo específico, evidenciar la clase de hemorragia más frecuente en el post parto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016.

En donde observamos que, de los 119 pacientes con hemorragia en el puerperio inmediato por parto vaginal, el 81% presentaron un sangrado transvaginal de 500 a 1000ml (Clase I), el 17% un sangrado de 1000 a 1500ml (Clase II) y finalmente un 2% que presento un sangrado transvaginal en el postparto inmediato de 1500 a 2000ml (Clase III); sin embargo, cabe resaltar que no tuvimos pacientes con sangrado mayor a 2000ml.

Se evidenció que la clase de hemorragia más frecuente en el postparto inmediato es la Clase I.

TABLA N° 12. LAS CLASES DE HEMORRAGIA MÁS FRECUENTE DEL POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DE 2016.

CLASES DE HEMORRAGIA	Nº	%
CLASE I	96	81%
CLASE II	20	17%
CLASE III	3	2%
TOTAL	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

B. DISCUSIÓN

Realizamos la investigación debido a la problemática en salud de muertes maternas, dándole énfasis en una de las causas más importantes de la misma como es la Hemorragia en el postparto inmediato, enfocándonos en las causas más importantes que nos llevan a la hemorragia, observadas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron, Puno.

En el Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno se evidenció que durante todo el año 2016 presentaron 2208 partos, de los cuales 707 gestantes fueron sometidas a parto por cesárea y 1503 gestantes tuvieron un parto por vía vaginal; de las pacientes que fueron sometidas a parto vaginal, 172 pacientes presentaron hemorragia postparto inmediato (los cuales fueron sometidas a los criterios de inclusión y exclusión para obtener la población en el presente trabajo de investigación), representando un 11.4% de HPP en el año 2016.

Las causas más frecuentes de la hemorragia postparto estudiados en el HRMNB de Puno, en orden de importancia son los siguientes: la lesión del canal del parto en un 89.1% seguida de retención de membranas en un 43.7% y luego atonía uterina con 42.1%; por otro lado, Guasch E, Alsina E, Diez J, Ruiz R, Gilsanz F, en su estudio de: Hemorragia obstétrica, determinaron como la causa principal de hemorragia a la atonía uterina en el 45,2%, seguida por los desgarros vaginales en un 26,6%.⁽³¹⁾

En cuanto a la atonía uterina en esta investigación se demostró que tanto la gestación múltiple, el polihidramnios, feto macrosómico y la multiparidad tienen un $NS < 0.05$, siendo la gestación múltiple ($NS = 0.004$) la de mayor influencia en la hemorragia del postparto inmediato. De forma similar Guasch E, Alsina E, Diez J, Ruiz R, Gilsanz F, en su estudio de: Hemorragia obstétrica, determinaron que los embarazos múltiples influyen de forma significativa en la hemorragia postparto, presentando un $NS < 0,001$ en embarazos gemelares y un $NS < 0,05$ en embarazos triples.⁽³¹⁾



En cuanto a la retención de tejidos en esta investigación se demostró que tanto el acretismo placentario y la retención de membranas tienen un $NS < 0.05$, siendo el acretismo placentario ($NS: 0.007$) quien tiene mayor influencia en la hemorragia postparto inmediato; de igual forma, Pariguana López JM y Santos Yauricaza Y, en su trabajo titulado: Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de Abril - Octubre del 2003, demostraron que la retención placentaria presentó una influencia estadísticamente significativa con un $NS=0.001$ en la Hemorragia postparto.

(32)

En cuanto a la Lesión de canal del parto, en esta investigación se demostró que el desgarro de cérvix, el desgarro perineal y el parto instrumental tienen un $NS < 0.05$, siendo los de mayor influencia el desgarro de cérvix y el parto instrumental ($NS= 0.007$) y respecto a la frecuencia: los factores de la lesión del canal del parto representan el 89.1%; sin embargo, Orozco Yanza JP en su trabajo titulado Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato en el servicio de Ginecología. Hospital provincial de puyo. 2010 determinaron que solo un 28% de las hemorragias se deben a lesión del canal del parto. (33)



C. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se identificó que la Gestación Múltiple ($NS=0.004$) es el factor más influyente de la atonía uterina en la Hemorragia del postparto inmediato en el HRMNB. Por otro lado, el factor más frecuente de la atonía uterina viene a ser la Multiparidad en un 30.3%.

SEGUNDA: Se evidenció que el Acretismo Placentario ($NS=0.007$) es el factor más influyente de la Retención De Tejidos en la hemorragia del postparto inmediato en el HRMNB. Por otro lado, el factor más frecuente de la retención de tejidos es por retención de membranas en un 42%.

TERCERA: Se identificó que el Desgarro de Cérvix ($NS=0.007$) y el Parto Instrumental ($NS=0.007$) son los factores que más influyen de la lesión del canal del parto en la hemorragia del postparto inmediato en el HRMNB. Por otro lado, el factor más frecuente de la lesión del canal del parto es por desgarro perineal en un 72.3%.

CUARTA: Se evidenció que el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera ($NS=0.000$) es el factor que más influyente de la Alteración de la coagulación en la Hemorragia del postparto inmediato en el HRMNB. De igual forma es el factor más frecuente de las patologías con alteración de la coagulación para una hemorragia en el postparto inmediato en un 6.7%.

QUINTA: Se evidenció que la hemorragia más frecuente del postparto inmediato en el HRMNB es la Clase I en un 81%.

SEXTA: Los factores de mayor influencia en la Hemorragia del postparto inmediato en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, en orden de importancia son: Abruption placentae, gestación múltiple, acretismo placentae y parto instrumental. La causa obstétrica más frecuente de HPP fue por desgarro perineal en un 72.3%, retención de membranas en un 42% y la multiparidad en un 30.3%



D. RECOMENDACIONES

PRIMERA: A los Directores de Hospitales y de Centros de Salud se les recomienda que capaciten a su personal de trabajo a fomentar, difundir, ejecutar medidas educativas respecto a que las gestantes deben acudir a sus controles prenatales de forma estricta, a fin de prever eventualidades, e informar a las pacientes con riesgo de desarrollar DPPNI, Acretismo placentario y atonía uterina por gestación múltiple y multiparidad.

SEGUNDA: A los jefes de los Servicios de Gineco-Obstetricia, se les recomienda determinar quién debe atender los partos y capacitarlos para prevenir desgarros cervicales, perineales y partos instrumentados.

TERCERA: Al Jefe del Servicios de Gineco-Obstetricia, se le recomienda, capacitar a su personal para prevenir y reconocer las causas del Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, por ser la causa más influyente de la hemorragia postparto.

CUARTA: Al Jefe del Servicios de Gineco-Obstetricia en conjunto con su equipo médico, se les recomienda redactar, actualizar y hacer cumplir los protocolos de atención, para el diagnóstico y manejo adecuado de las patologías más importantes que predisponen a una hemorragia postparto.

QUINTA: A los Directores de Hospitales y Centros de Salud, se les recomienda organizar cursos de capacitación para mejorar la calidad de atención de las pacientes durante el parto y el puerperio inmediato, dando mayor importancia a las dos primeras horas.

SEXTA: Se recomienda a los Estudiantes de Medicina, ejecutar más estudios sobre la hemorragia postparto, considerando parámetros clínicos para su clasificación y otros factores de influencia.



E. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Altamirano M. Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra. Ambato; 2015.
2. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). 2016;25(4):65–88.
3. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). Lima; 2016.
4. Karlsson H, Perez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar. 2009;32(SUPPL. 1):159–67.
5. Altamirano Girano PA. Factores De Alto Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Inmediato En El Hospital María Auxiliadora [Internet]. Universidad Ricardo palma; 2012. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/232/1/altamirano_pa.pdf
6. Grupo de especialistas del Hospital de Ginecobstetricia del IGSS. Manejo de la hemorragia postparto [Internet]. 2016. Available from: http://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE_46_HPP.pdf
7. Pazán Garcés S. “Factores de Riesgo de Patologías Puerperales. Hospital Jose Maria Velasco Ibarra, 2010” [Internet]. Escuela Superior Politecnica de Chimbotazo; 2010. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1906/1/94T00085.pdf>
8. Alvir Álvaro Á, Bejarano Lasunción P, Hernández Aragón M, Vicente Iturbe M, Ruiz Campo L. Manejo De La Hemorragia Postparto [Internet].



- Liber Fact. Madrid; 2016. Available from:
<https://books.google.com.pe/books?id=Rv64CwAAQBAJ&pg=PA21&dq=Álvaro+Alvir+Álvaro,+Pilar+Bejarano+Lasunción,+Monica+Hernández+Aragón+que+las+gestaciones+triples+y+cuádruples+presentan+mayor+riesgo+que+las+gestaciones+gemelares.+manejo+de+la+hemorragia+post>
9. Àrea de Medicina Fetal., Servei de Medicina Materno-Fetal., Institut Clínic de Ginecologia O y NHC de B. Polihidramnios En Gestación Única [Internet]. Barcelona; Available from:
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia__fetal/polihidramnios.pdf
10. García Llique LP. Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo . [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. Available from:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2207/1/RE_med.humana.luis.garcia_multiparidad.como.factor.de.riesgo.para.enfermedad_datos.pdf
11. Reyes OA. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011;38(5):169–72.
12. Pérez Herrezuelo I, Valverde Pareja M, Cobo Aguilar D, Moh García D. Manejo actual del acretismo placentario. p. 1.
13. Arias G A. Guía Para El Manejo De La Hemorragia Del III Trimestre: Acretismo placentario Código. Santiago de Cali; 2014.
14. Dueñas G O, Rico O H, Rodríguez B M. Actualidad En El Diagnóstico Y Manejo Del Acretismo Placentario. Rev Chil Obs Ginecol [Internet]. 2007;72(4):266–71. Available from:
https://www.academia.edu/7118864/actualidad_en_el_diagnóstico_y_



manejo_del_acretismo_placentario

15. Fernández Robles JB. "Hemorragia Postparto Por Retención De Restos Placentarios En El Hospital San José De Chíncha – Minsa" [Internet]. Universidad Privada de Ica; 2016. Available from: <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/85>
16. Suárez G. Patología del puerperio. In: Craw. Mc, editor. Obstetricia Moderna [Internet]. Tercera Ed. 2012. p. 507–23. Available from: http://fertilab.net/om/om_40.pdf
17. Ramos Bustan VR. Complicaciones en Pacientes con Puerperio Inmediato Atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Año 2008 [Internet]. escuela Superior politecnica de Chimbotazo; 2009. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/185/1/94T00056.pdf>
18. Malvino E. Shock Hemorrágico en Obstetricia [Internet]. Buenos Aires.; 2010. 1-200 p. Available from: http://obstetriciacritica.com.ar/doc/Shock_Hemorragico.pdf
19. López M, Palacio M, Del Pino M, Puig M, Bataller E, Espuña M. Protocolo: Lesiones Perineales De Origen Obstétrico [Internet]. Hospital Universitario Barcelona. 2014. Available from: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones_perineales_de_origen_obst%E9trico.pdf
20. Protocolo consensuado con la Sección de Suelo Pelvico de la SEGO. Lesión Obstétrica del Esfínter Anal [Internet]. Madrid; 2010. Available from: <http://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501310004590-S300>
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Parto vaginal asistido [Internet]. 2016. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Patient-Education-Pamphlets--->



Spanish/sp192.pdf?dmc=1&ts=20170620T1338397120

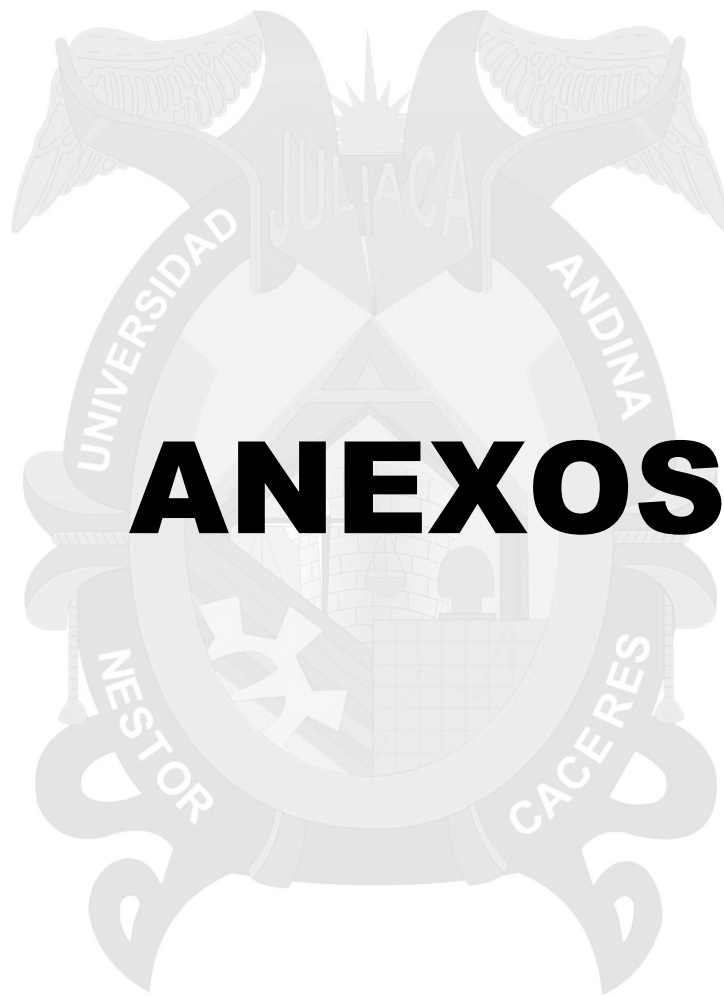
22. Mamani Humpiri LR. Preeclamsia Como Factor Predisponente Asociado a Hemorragia Post Parto Inmediato en El Hospital Santa Rosa Enero - Diciembre 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2017. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/945/2/Mamani_Humpiri_Lisbeth_Rocío_2017.pdf
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y perinatología. 2014 p. 68.
24. Manrique Muñoz S, Andreu Riobello E. Preeclampsia Hemorragias obstétricas [Internet]. Available from: <http://www.scartd.org/arxiu/eclampsia06.pdf>
25. Azturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia obstétrica. Rev Med La paz [Internet]. 2014; Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf
26. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. Rev Per Ginecol ologia y Obstet [Internet]. 2008;54:233–43. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf
27. Solari A A, Solari G C, Wash F A, Guerrero G M, Enriquez G O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Medica Clin Los Condes [Internet]. 2014; Available from: file:///D:/TESIS ULTIMO/BIBLIOGRAFIAS/Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento.pdf
28. Cusirramos G, Augusto M. factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Septiembre del 2015 [Internet]. Tesis para



- optar el título profesional de Médico Cirujano. Ricardo Palma; 2016. Available from: file:///d:/tesis ultimo/bibliografias/factores asociados a hemorragia post parto por atonia uterina ricardo palma.pdf
29. Comité De Trauma Del Colegio Americano de Cirujanos. Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos [Internet]. septina. 2013. 79 p. Available from: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Atls - Apoyo Vital En Trauma.pdf>
30. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. "Hemorragia obstétrica grave: prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave." Med Birth Regist [Internet]. 2008;115:1265–72. Available from: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=55211>
31. Guasch E, Alsina E, Díez J, Ruiz R, Gilsanz F. Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2009;56(3):139–46. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935609703561>
32. Pariguana López JM, Santos Yauricaza Y. Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003 [Internet]. Cybertesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/359>
33. Orozco Yanza JP. Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. servicio de Ginecología. Hospital provincial de puyo. 2010 [Internet]. Escuela Superior Politecnica de Chimbotazo; 2010. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3441/1/94T00104.pdf>



CAPÍTULO VI



ANEXOS



ANEXOS:

ANEXO 1. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Puno, 5 de enero del 2016

Dr. Luciano Julián Cuno Onque
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN"
PUNO

De mi consideración:

Yo, Yoviluz Atencia Agama con DNI. 45550824, ex interno del Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón", solicito a usted muy comedidamente se me facilite la autorización para obtener datos estadísticos a realizar el trabajo de tesis cuyo tema es FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO a realizarse durante el periodo de enero a diciembre del 2016 en el Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" de Puno. Agradecida por la acogida a esta solicitud.

Atentamente.

YOVILUZ ATENCIA AGAMA
DNI. 45550824



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Consentimiento informado

Título de la investigación: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATO.

Investigador: Yoviluz Atencia Agama

Sitio donde se llevará a cabo el estudio Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón"

Entidad que respalda la investigación: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez

Información para el paciente: El estudio investigativo tiene como propósito determinar los factores asociados a hemorragia postparto inmediato. La información necesaria para el estudio se recolectará en el Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" a partir de las historias clínicas, la importancia de este estudio es fortalecer el manejo de los pacientes y disminuir su mortalidad por enfermedades asociadas a factores determinantes de hemorragia postparto. Se considera necesario solicitar el autorizado de las pacientes para revisar la historia clínica y recolectar datos personales.

Beneficios para el participante: en permitir la realización de un estudio de investigación, que a futuro pueda servir para la atención en pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto inmediato, ayudando a reducir la mortalidad materno – fetal.

Obligaciones del investigador:

- Solución de los problemas que surjan de la investigación
- Conexión de los pacientes con los servicios médicos que se requieran



- Guardar la confidencialidad de los datos del paciente
- Aclarar la situación de la investigación y del investigador frente a las entidades de salud y las instancias pertinentes.

Persona contactar para información:

- Nombres y apellidos:
- Teléfonos:
- Dirección del domicilio:

Después de leer completamente y entender el consentimiento acepto participar en la investigación. Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio, que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efecto de medicamentos, drogas o bebidas, consiente y libremente apto para realizar esta investigación así poder buscar alternativas para disminuir la muerte materna en nuestro país.

- Nombre del paciente:
- DNI:
- Firma o huella digital:



ANEXO 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ACADEMICA PROFESIONAL DE MEDICINA

TEMA: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POST PARTO INMEDIATO" EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO. ENERO A DICIEMBRE 2016

EJECUTORA: ATENCIA AGAMA YOVILUZ

PACIENTE: **Edad:** **N° HC:**
CPN: Si:() No:() **Procedencia:** **FECHA**
ATENCIÓN:...../...../2016

1.- FACTORES DE RIESGO

1.1 Atonía Uterina

1.1.1 Gestación múltiple. Si: ☐ No: ☐

1.1.2 Polihidramnios. Si: ☐ No: ☐

1.1.3 Feto Macrosómico. < 4000g: ☐ 4000g-4500g: ☐ > 4500g: ☐

1.1.4 Multípara. Si: ☐ No: ☐

* Gestas:.....

1.2 Retención de tejidos

1.2.1 Acretismo placentario Si: ☐ No: ☐

1.2.3 Retención de Membranas Si: ☐ No: ☐



1.3 Lesión de canal del parto

1.3.1 Desgarro de cérvix: Si: ☐ No: ☐

1.3.2 Desgarro perineal por grados: I°: ☐ II°: ☐ III°: ☐ IV°: ☐

Ninguno: ☐

1.3.3 Parto instrumental: Si: ☐ No: ☐

1.4 Alteración de la coagulación

1.4.1 Preeclamsia:

Leve Si: ☐ No: ☐ Severa Si: ☐ No: ☐ Ninguna: ☐

1.4.2 DPPN:

I: ☐ II: ☐

III: ☐ Ninguna: ☐

2.1. Clases de Hemorragia post parto:

Clase I: ☐ Clase II: ☐

Clase III: ☐ Clase IV: ☐

Ninguna: ☐

Volumen de sangrado:



ANEXO 4

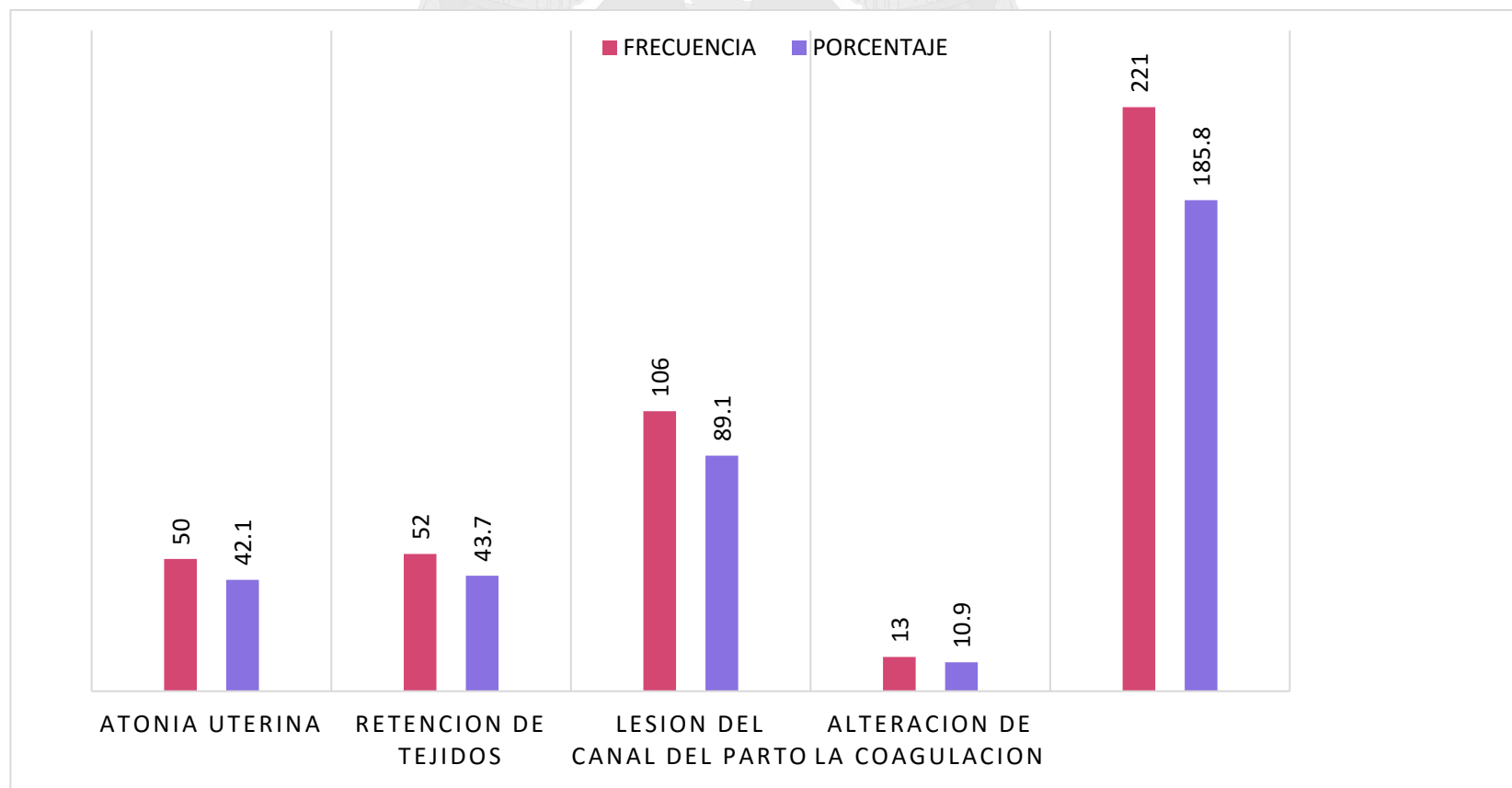


Gráfico 01. Los factores más frecuentes de la hemorragia en el postparto inmediato



ANEXO 5

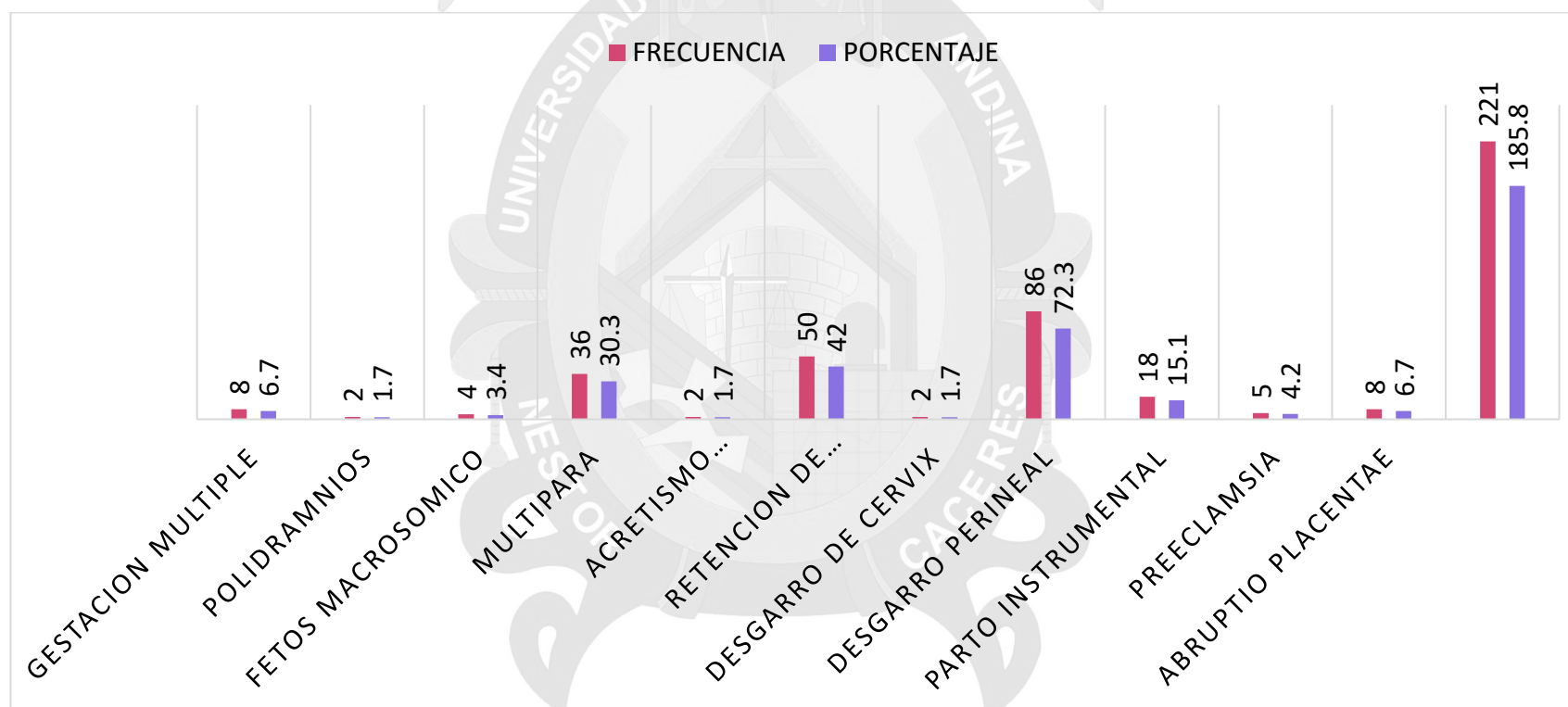


Gráfico 02. Las causas más frecuentes de la hemorragia en el postparto inmediato.



ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(Gronograma de Gantt)

ACTIVIDADES DURANTE LA INVESTIGACION	MESES DEL AÑO 2016					MESES DEL AÑO 2017					
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Revisión bibliográfica	x										
Formulación del Proyecto	x										
Presentación del Proyecto		x									
Aprobación del Proyecto			x	x	x	x	x				
Trabajo de campo							x				
Formulación del borrador de Tesis								x	x		
Sustentación de Tesis										x	
Publicación de la Investigación											x



PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

- Un paquete de hojas Bond para encuestas
- Materiales de escritorio
- Libro de Guía metodológica
- Libros de la especialidad
- Laptop para introducción de datos





TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

INFORME FINAL

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO
INMEDIATO HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-
PUNO. ENERO A DICIEMBRE 2016.**

PRESENTADA POR:

Bach. ATENCIA AGAMA, YOVILUZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

DRA. ROSSANA ELENA REYES SCHULTZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

JULIACA - PERÚ

2017



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO
INMEDIATO HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON-PUNO.
ENERO A DICIEMBRE 2016**

**FACTORS INFLUENCING IMMEDIATE POSTPARTUM HEMORRHAGE
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON-PUNO. FROM JANUARY
TO DECEMBER 2016.**

ATENCIA Y.

RESUMEN

Objetivo: Evidenciar los factores que influyen en la hemorragia del post parto inmediato del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno ocurridos entre enero a diciembre del 2016. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y causal explicativo de corte transversal, donde la población estuvo constituida por todas las pacientes con hemorragia en el postparto inmediato la cual se evaluó como clase I, clase II, clase III y clase IV; siendo la unidad de análisis las historias clínicas, de los cuales se recolectaron los datos para su posterior análisis en la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** Se estudiaron 119 pacientes, de los cuales 81% fueron de Clase I, 17% clase II, 2% clase III y ninguno de la Clase IV. De igual forma se identificó cómo los factores sí influyen en la hemorragia del postparto inmediato, para la gestación Múltiple $P=0,004$, Polihidramnios $P=0,007$, Feto Macrosómico $P=0,011$, Multiparidad $P=0,019$, Acretismo Placentario $P=0,007$, Retención de Membranas $P=0,021$, Desgarro de Cérvix $P=0,007$, Desgarro Perineal $P=0,019$, Parto Instrumental $P=0,007$, Preeclamsia $P=0,030$ y Abruption Placentae $P=0,000$. **Conclusiones:** La Atonía Uterina, Retención de Tejidos, Lesiones del Canal del parto y las Alteraciones de la Coagulación influyen en la hemorragia del postparto inmediato y éstas fueron en su mayoría de la Clase I.

Palabras clave: Factores Desencadenantes, Hemorragia Posparto.



ABSTRACT

Objective: To evidence the factors influencing the immediate postpartum hemorrhage at 'Hospital Regional Manuel Nuñez Butron – Puno' occurred from January through December of 2016. **Material and Methods:** It was conducted a restrospective, descriptive and causal explanatory study of cross sectional. Where the population consisted of all patients with immediate postpartum hemorrhage, which was evaluated as class I, class II, class III and class IV; Being considered the unit of analysis the clinical histories, from which data were collected for later analysis using Chi - square test. **Results:** A study was conducted of 119 patients, from which 81% were Class I, 17% Class II, 2% and Class III. However, none was evaluated as Class IV. Furthermore, it was identified the way that the factors influence the immediate postpartum hemorrhage. For multiple pregnancy $P = 0.004$, polyhydramnios $P=0,007$ Macrosomic fetus $P=0,011$, Multiparity $P=0,019$, Placenta Accrete $P=0,007$, Membrane retention $P=0,021$, Laceration of cervix $P=0,007$. **Conclusions:** Uterine Atony, Tissue Retention, Birth Canal Injuries, and Coagulation Disorders influence immediate postpartum hemorrhage and these were mostly Class I.

Key words: Precipitating Factors, Postpartum Hemorrhag.



INTRODUCCIÓN

La HPP es la causa de un cuarto de todas las muertes maternas, mientras que en ciertos países esta proporción se eleva hasta el 60%. El riesgo de muerte por HPP en los países en desarrollo es de 1/1000 mientras que en los países desarrollados es de 1/100.000.⁽¹⁾

Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos. Dentro del puerperio, la mayoría de las muertes se produjeron en el puerperio inmediato (las primeras 24 horas post parto), que representa el 57.8 % del total de muertes ocurridas en el puerperio. La fase del puerperio mediano (los primeros 7 días post parto) representa el 10.1 % de los casos y la fase del puerperio tardío (desde el octavo día hasta la sexta semana - 42 días post parto) representa el 4% del total de casos analizados en esta etapa. ⁽²⁾

La atonía uterina es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: "Un útero vacío y contraído no sangra".⁽³⁾ Sin embargo en este trabajo se demostró como la causa más importante, aquellas patologías que lesionan el canal del parto en un 89.1%.

Hipótesis: Los factores que influyen en la hemorragia del post parto inmediato en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno, enero a diciembre del 2016 son: Desprendimiento prematuro de placenta y gestación múltiple.

Objetivo: Evidenciar los factores que influyen en la hemorragia del postparto inmediato, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno, enero a diciembre del 2016.



Conclusiones: Se evidenció que los factores que influyen en la hemorragia postparto son la Atonía uterina, lesión del canal del parto, retención de tejidos y la alteración de la coagulación. La Clase de hemorragia más frecuente del postparto inmediato en el HRMNB es la Clase I.



MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de investigación fue observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva, según la línea de investigación pertenece a enfermedades no transmisibles y pertenece al cuarto nivel de investigación causal-explicativa, dirigida a reconocer factores que influyen en la hemorragia del post parto inmediato, los mismo que se centraron en 4 dimensiones: atonía uterina, retención de tejidos, lesión del canal del parto y alteración de la coagulación. Se consideró como población a 119 pacientes con HPP, siendo la misma cantidad la muestra con la que se trabajó.

RESULTADOS

La gestación múltiple (0.004), el polihidramnios (0.007), el feto macrosómico (0.011) y la multiparidad (0,019) son factores de la Atonía Uterina que influyen en la Hemorragia del postparto inmediato. **(Ver tab. 1)**

El Acretismo Placentario (0.007) y la retención de membranas (0.021) son factores de la retención de tejidos que influyen en hemorragia del postparto inmediato. **(Ver tab. 2)**

El desgarro de cérvix (0.007), desgarro perineal (0.019), y el parto instrumental (0.007) son factores de la lesión del canal del parto que influyen en la hemorragia del postparto inmediato.

La preeclamsia (0.030), y el Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta (0.000) son factores de las alteraciones de la coagulación que influyen en la hemorragia del postparto inmediato. **(Ver tab. 3)**

Se evidencio que el 81% de las pacientes con hemorragia postparto inmediato, presentaron hemorragia clase I, 17% hemorragia Clase II, 2% hemorragia Clase III, con ausencia de pacientes con hemorragia Clase IV. Siendo la hemorragia Clase I, la hemorragia más frecuente del postparto inmediato. **(Ver tab. 4)**



TABLA 1. INFLUENCIA DE LA GESTACIÓN MÚLTIPLE EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

GESTACION MULTIPLE	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	3	38%	4	50%	1	12%	8	100%
NO	93	84%	16	14%	2	2%	111	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\text{Chi}^2_c=10.9992$

NS=0.004



TABLA 2. INFLUENCIA DEL ACRETISMO PLACENTARIO EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

ACRETISMO PLACENTARIO	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
NO	96	82%	18	15%	3	3%	117	100%
TOTAL	96	80%	20	17%	3	3%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\chi^2_c=10.069$

NS=0.007



TABLA 3. INFLUENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (D.P.P.N.) EN LA HEMORRAGIA DEL POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

D.P.P.N.	CLASES DE HEMORRAGIA							
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRADO I	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
GRADO II	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
GRADO III	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
NINGUNA	93	84%	16	14%	2	2%	111	100%
TOTAL	96	81%	20	17%	3	2%	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

$\text{Chi}^2_c=31.724$

$\text{NS}=0.000$



**TABLA 4. LAS CLASES DE HEMORRAGIA MÁS FRECUENTE DEL POSTPARTO INMEDIATO EN EL HOSPITAL
REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO, ENERO A DICIEMBRE DE 2016.**

CLASES DE HEMORRAGIA	Nº	%
CLASE I	96	81%
CLASE II	20	17%
CLASE III	3	2%
TOTAL	119	100%

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos Elaboración: Propia

DISCUSIÓN

En el Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno se evidenció que durante todo el año 2016 se presentó 2208 partos, de los cuales 707 gestantes fueron sometidas a parto por cesárea y 1503 gestantes tuvieron un parto por vía vaginal; de las pacientes que fueron sometidas a parto vaginal, 172 pacientes presentaron hemorragia postparto inmediato (los cuales fueron sometidas a los criterios de inclusión y exclusión para obtener la población en el presente trabajo de investigación), representando un 11.4% de HPP en el año 2016.

Las causas más frecuentes de la hemorragia postparto estudiados en el HRMNB de Puno, en orden de importancia son los siguientes: la lesión del canal del parto en un 89.1% seguida de retención de membranas en un 43.7% y luego atonía uterina con 42.1%; por otro lado, Guasch E, Alsina E, Diez J, Ruiz R, Gilsanz F, en su estudio de: Hemorragia obstétrica, determinaron como la causa principal de hemorragia a la atonía uterina en el 45,2%, seguida por los desgarros vaginales en un 26,6%.⁽⁴⁾

En cuanto a la retención de tejidos en esta investigación se demostró que tanto el acretismo placentario y la retención de membranas tienen un $NS < 0.05$, siendo el acretismo placentario ($NS: 0.007$) quien tiene mayor influencia en la hemorragia postparto inmediato; de igual forma, Pariguana López JM y Santos Yauricaza Y, en su trabajo titulado: Factores de riesgo de la hemorragia postparto inmediato : estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de Abril - Octubre del 2003, demostraron que la retención placentaria presentó una influencia estadísticamente significativa con un $NS = 0.001$ en la Hemorragia postparto. ⁽⁵⁾

Respecto a la frecuencia: los factores de la lesión del canal del parto representan el 89.1% en este trabajo; sin embargo, Orozco Yanza JP en su trabajo titulado Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato en el servicio de Ginecología. Hospital provincial de Puyo. 2010 determinaron que solo un 28% de las hemorragias se deben a lesión del canal del parto. ⁽⁶⁾



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Altamirano M. Factores de Riesgo Asociados a Hemorragia Postparto Inmediato en el Hospital José María Velasco Ibarra. Ambato; 2015.
2. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). Lima; 2016.
3. Karlsson H, Perez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar. 2009;32(SUPPL. 1):159–67.
4. Guasch E, Alsina E, Diez J, Ruiz R, Gilsanz F. Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2009;56(3):139–46. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935609703561>
5. Pariguana López JM, Santos Yauricaza Y. Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003 [Internet]. Cybertesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/359>
6. Orozco Yanza JP. Factores de riesgo de hemorragia postparto en pacientes con puerperio inmediato. servicio de Ginecología. Hospital provincial de puyo. 2010 [Internet]. Escuela Superior Politecnica de Chimbotazo; 2010. Available from: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/3441/1/94T00104.pdf>